

Psychologiczne aspekty udzielania pierwszej pomocy w opinii mieszkańców województwa łódzkiego

(Psychological aspects of first aid as perceived by the inhabitants of the Łódzkie province)

Ł Szarpak¹, Y Lishchynskyy², Z Kopański^{1,3}

Streszczenie – Wstęp. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy oraz umiejętność wprowadzenia jej w życie w przypadku poszkodowanego zwiększa szanse przeżycia poszkodowanego oraz przekłada się na zwiększenie bezpieczeństwa obywateli.

Cel pracy. Ocena wiedzy społeczeństwa województwa łódzkiego dotyczącej pierwszej pomocy oraz aspektów psychologicznych jej udzielania.

Materiał i metoda. Badanie przeprowadzono w 2012 roku i objęto nim 178 mieszkańców województwa łódzkiego. Zastosowano metody kwestionariuszowe oraz metody statystyczne. Wyniki. 17% ankietowanych przeszło kurs z zakresu pierwszej pomocy, zaś 90% deklaruje chęć wzięcia udziału w kursie o takiej tematyce. 36% respondentów było świadkami zdarzenia, w którym należało udzielić pomocy poszkodowanemu. Chęć niesienia pomocy i świadomość, że samemu można kiedyś jej wymagać to podstawowe motywatory do niesienia pomocy. Największe obawy w udzieleniu pomocy to wyrządzenie poszkodowanemu krzywdy (65%). 58% ankietowanych nie wiedziało co to jest AED.

Wnioski. W badanym materiale społeczeństwo województwa łódzkiego nie posiada wystarczającej wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy. Uwagę zwraca brak środków ochrony osobistej wśród ankietowanych. Istnieje konieczność działań edukacyjnych dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy i używania automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w społeczeństwie łódzkim.

Słowa kluczowe - pierwsza pomoc, świadek zdarzenia, psychologia, wytyczne, wiedza.

Abstract - Introduction. The knowledge on the principles of first aid as well as the ability to put them into practical use if someone is injured increases their chances of survival and has a reflection in greater safety of the citizens.

The purpose of the paper. The assessment of the knowledge the people of the Łódzkie province have on first aid and the psychological aspects of it.

The material and the method. The research was conducted in 2012 and it covered 178 inhabitants of the Łódzkie province. Questionnaire methods as well as statistical methods were used. The results. 17% of the interviewees have taken a course on first aid, whereas 90% of them declared they were willing to participate in such a course. 36% of responders had found themselves in a situation in which first aid was required. The desire to help as well as the awareness of the fact that even the person concerned may need it sometime in the future were the most common motivational factors. The greatest fears were connected with harming the injured person (65%). 58% of the participants were not aware of what AED is.

Conclusions. The inhabitants of the Łódzkie province in the material under investigation had insufficient knowledge on first aid. Specifically alarming is the lack of personal restraint equipment among the interviewees. There is a necessity to undertake educational activities related to first aid and the use of automatic external defibrillators among the inhabitants of the Łódzkie province.

Key words - first aid, witness, psychology, benchmarks, knowledge.

I. WSTĘP

Przygotowanie społeczeństwa do wypełniania obowiązków obronnych jest jednym z głównych czynników warunkujących bezpieczeństwo państwa, w tym bezpieczeństwo obywateli [1]. Śmiało można rzec, iż udzielanie pierwszej pomocy osobom poszkodowanym stanowi element zadań obrony cywilnej. Przy takim założeniu znajomość podstawowych procedur zasad pierwszej pomocy powinna być powszechnie znana, tym bardziej, że znajduje to swoje odzwierciedlenie w normach prawnych. Obowiązek prawny udzielania pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdro-

Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: lukasz.szarpak @ gmail.com).
2. Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Danylo Hałyckiego.
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński.

wotnego warunkują m.in. art. 162 k.k. oraz art. 4 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) [2,3].

Zarówno Europejska Rada Resuscytacji (ERC, European Resuscitation Council), jak też Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA, American Heart Association) zajmujące się problematyką pierwszej pomocy, nieustannie, w oparciu o najnowsze badania naukowe (tzw. medycyny opartej na faktach, ang. EMB Evidence Based Medicine), ulepszają algorytmy postępowania w stanach zagrożenia życia [4,5,6,7]. Obecnie obowiązujące wytyczne zostały wprowadzone w 2010 roku [8]. Zgodnie z nimi i zawartym w nich „łańcuchu przeżycia” udzielenie pomocy osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia i/lub zdrowia stanowi podstawowe działanie zwiększające szanse poszkodowanego na przeżycie [9].

Stosunkowo mało uwagi przywiązuje się jednak do psychologicznych aspektów udzielania pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia. Istniejąca luka tematyczna skłoniła autorów do podjęcia badań własnych.

Cel pracy

Próba oceny wiedzy społeczeństwa województwa łódzkiego na temat psychologicznych aspektów udzielania pierwszej pomocy.

II. MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 178 osób, mieszkańców województwa łódzkiego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz obejmujący 16 pytań dotyczących zarówno stopnia wiedzy z zakresu pierwszej pomocy, jak również psychologicznych aspektów jej udzielania. Badanie przeprowadzono w pierwszej dekadzie 2012 roku.

Analiza statystyczna

Materiał badawczy został zakodowany w programie Excel i opracowany za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 8.0. Normalność rozkładu zmiennych zbadano za pomocą poziomu istotności p dla testu Kołmogorowa-Smirnowa. W przypadku normalności rozkładu średnie różnice badano testem par t-Studenta. Wyniki uznawano za istotne statystycznie przy $p < 0,05$.

III. WYNIKI

W materiale własnym przeważali mężczyźni ($n=95$; 55%). Kobiety stanowiły 45% grupy badawczej ($n=77$).

Wiek ankietowanych zawierał się w przedziale 18-60 lat (średnia: $28,83 \pm 8,27$ lat). Średni wiek mężczyzn (28,9 lat) był porównywalny z przeciętnym wiekiem kobiet (28,6 lat). 47% ankietowanych deklarowało wykształcenie wyższe, 32% wykształcenie pomaturalne, zaś 21% wykształcenie średnie.

Wśród ankietowanych zaledwie 17% osób uczestniczyło w kursie o tematyce pierwszej pomocy, zaś 90% deklarowało chęć przystąpienia do kursu o takiej tematyce gdyby miały możliwość. 94,8% ankietowanych uznało za konieczne organizowanie kursów i szkoleń z pierwszej pomocy.

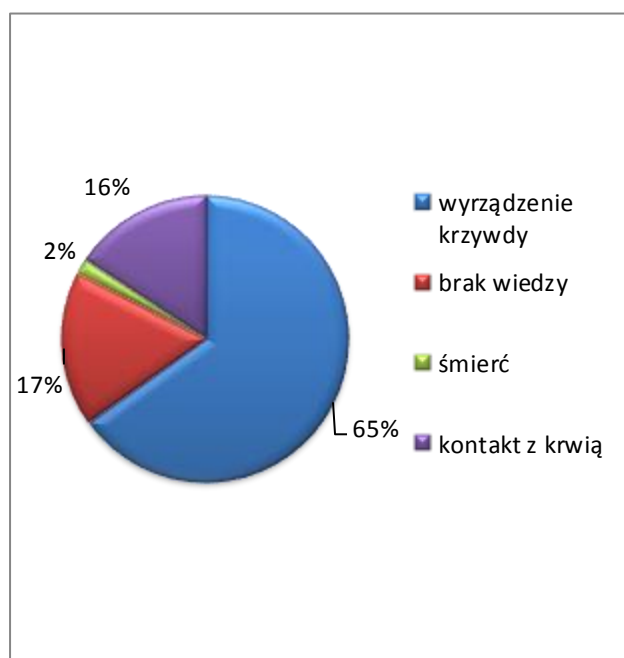
Według naszych ustaleń 35,4% (63 osoby) badanych znalazło się w przeszłości w sytuacji, w której koniecznym było udzielenie pierwszej pomocy poszkodowanemu, jednak tylko 22,2% (14 osób) z tej grupy podjęło się udzielenia pomocy osobie poszkodowanej. Za najtrudniejszą do pokonania przeszkodę, osoby udzielającej pierwszej pomocy, uznały strach (57%) oraz możliwość wyrządzenia krzywdy osobie wymagającej pomocy (43%).

Z kolei najsilniejszym motywatorem udzielenia pierwszej pomocy była świadomość, że ankietowany będąc na miejscu poszkodowanego chciałby, aby udzielono mu pomocy ($n=10$; 71%), kolejnym czynnikiem motywującym była chęć niesienia pomocy (w 29% przypadków).

Respondentów, którzy już udzielali pierwszej pomocy zapytano również czy i w jakim momencie jej udzielania mieli wsparcie innych osób. Tylko w 14,3% (2 przypadki) ratownicy mieli pomoc i wsparcie innych osób od samego początku udzielania pomocy. W 50% przypadków (7 osób) uzyskano pomoc dopiero, gdy poproszono o nią. W 35,7% przypadków (5 osób) nie uzyskano jednak żadnej pomocy ze strony "gapiów", choć wydarzenie było obserwowane przez wielu ludzi.

Wśród głównych przyczyn niechęci do udzielenia pomocy, badani przez nas, wymieniają strach i obawę przed wyrządzeniem krzywdy poszkodowanemu (86%), brak odpowiedniej wiedzy i umiejętności w udzielaniu pierwszej pomocy (11%) oraz obawę przed zakażeniem się chorobami, na które choruje osoba poszkodowana (3%; $p < 0,001$).

Wszystkich respondentów zapytano ponadto o największe obawy towarzyszące udzielaniu pierwszej pomocy. Najwięcej osób obawiało się wyrządzenia poszkodowanemu krzywdy (65%). Szczegółowy rozkład udzielanych odpowiedzi przedstawia ryc. 1.



Ryc. 1 Odpowiedzi na pytanie "Co budzi Pani/Pana największe obawy w udzielaniu pierwszej pomocy?"

Wiedzę dotyczącą konsekwencji prawnych dla świadka zdarzenia, który nie podjął się udzielenia pomocy osobie poszkodowanej deklarowało zaledwie 23% ankietowych (n=39). Jednocześnie, aż 83% badanych знаło następstwa zaniechania pierwszej pomocy (p<0,001).

Respondentów zapytano także czy noszą przy sobie środki ochrony osobistej (np. jednorazowe rękawiczki, maseczkę do sztucznego oddychania) tak by móc je wykorzystać w przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy. Zdecydowana większość osób nie posiadała przy sobie podstawowych środków do ochrony osobistej (n=164, 95%). Zaledwie 5% (8 osób) dysponowała środkami ochrony osobistej w formie podręcznej (p<0,001).

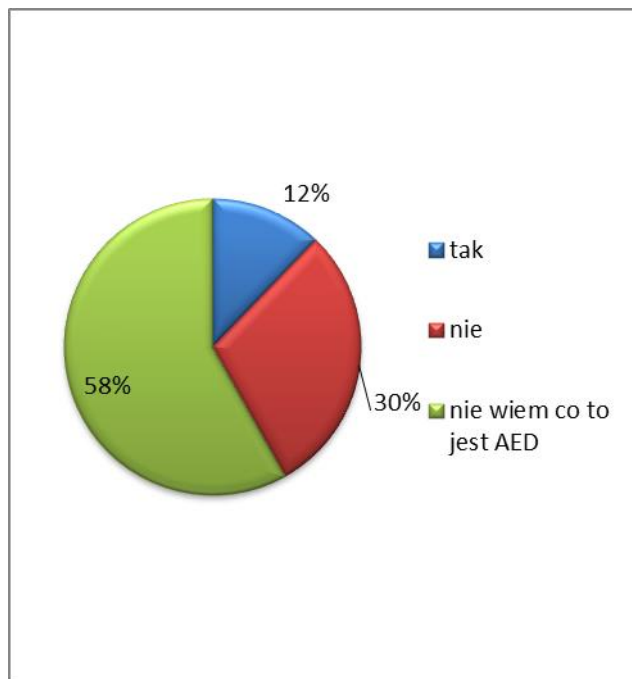
Na pytanie „czy chciała by Pani/Pan, aby udzielono Pani/Pan pierwszej pomocy gdyby zaszła taka konieczność?” twierdząco odpowiedziało 83% osób (n=142). 24 osoby (13,5%) przyjąłoby pierwszą pomoc, ale tylko od osoby dobrze wykwalifikowanej. Znalazło się jednak 3,4% (6 osób) takich, którzy nie chcieliby, aby im udzielać pierwszej pomocy. Odpowiedzi ankietowanych zostały zobrazowane na ryc. nr. 2.



Ryc. 2 Odpowiedzi na pytanie "Czy chciałaby Pani/Pan, aby udzielono jego osobie pierwszej pomocy gdyby zaszła taka konieczność?"

Ankietowanych zapytano czy w przypadku gdyby posiadali odpowiednią wiedzę skłonni byłiby udzielić pierwszej pomocy osobie poszkodowanej. Zdecydowaną chęć udzielenia pomocy w przypadku posiadania wiedzy deklarowało 128 osób (74%), „raczej tak” wypowiedziało się 21 osób (12%). 17 ankietowanych (10%) udzielenie komuś pomocy uzależniało od okoliczności zdarzenia, zaś 6 osób (3,4%) raczej nie udzieliłoby pomocy pomimo posiadania wiedzy z zakresu pierwszej pomocy (p<0,001).

W ostatnim pytaniu ankietowanych zapytano czy w sytuacji, gdyby doszło u poszkodowanego do nagłego zatrzymania krążenia, zdecydowałby się na użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), gdyby był dostępny w pobliżu. Wykorzystanie AED deklarowało zaledwie 12% respondentów. Ponad połowa respondentów (n=100, 58%) nie wiedziało co to jest AED (p<0,01). Rozkład odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych na powyższe pytanie przedstawia ryc. 3.



Ryc. 3 Odpowiedzi na pytanie "Czy zdecydowałaby się Pani/Pan na wykorzystanie AED w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia u poszkodowanego?"

IV. DYSKUSJA

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym wprowadziła obowiązującą po dzień dzisiejszy definicję pierwszej pomocy, według której jest to „*zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia*” [3]. Analizując powyższą definicję należy zauważyć, iż Ustawodawca nie sprecyzował czynności, jakie uznaje za mieszczące się w zakresie pierwszej pomocy. Stosownym wydaje się przyjęcie założenia, że w zakresie pierwszej pomocy powinny znajdować się czynności wykonywane bezprzyczynowo, zgodnie z międzynarodowym schematem BLS (ang. Basic Life Support), który obejmuje podstawowe zabiegi resuscytacyjne, wykonywane bezprzyczynowo (wyjątek stanowią środki ochrony osobistej) [10,11]. Artykuł 3 pkt. 7 ustawy o PRM dopuszcza również wykorzystanie, podczas wykonywania czynności z zakresu pierwszej pomocy, wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych udostępnionych do powszechnego obrotu [3].

Jednym z ważnych elementów postępowania na miejscu zdarzenia jest samoochrona

personelu medycznego, a także przygodnych świadków zdarzenia uczestniczących w akcji ratunkowej. Postępowanie takie dotyczy również korzystania ze środków ochrony osobistej, w postaci m.in. rękawiczek, maseczki do sztucznej wentylacji.

Niepokój budzi fakt, iż zaledwie 4,5% badanych osób nosi przy sobie zawsze pakiet środków ochrony osobistej.

Obowiązek prawny udzielenia osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia spoczywa na każdym Polaku. Warunkuje to art. 162 Kodeksu Karnego zgodnie, z którym osoba, która człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udzieli pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 [2]. Zapisy prawne dotyczące obowiązku udzielenia pomocy spotkać można również w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zapis § 4 niniejszej ustawy jest mniej restrykcyjny aniżeli zawarty w Kodeksie karnym. Według Ustawodawcy w § 4 ustawy o PRM, każda osoba, która zauważy osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bądź jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [3]. Należy podkreślić, że poza obowiązkiem niesienia pomocy poszkodowanemu, ochrona prawna przysługuje ratownikowi (czyli osobie niosącej pierwszą pomoc), a także funkcjonariuszom publicznym (autorzy przypominają: definicja legalna funkcjonariusza publicznego, znajduje się w art. 115 §13 K.K.).

Pomimo jasno zapisanego w aktach ustawodawczych obowiązku udzielenia pierwszej pomocy osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia, o takim obowiązku wiedziało zaledwie 23% ankietowanych. W tej sytuacji musi zastanawiać, że spośród 35,4% osób, które znalazły się w sytuacji wymagającej udzielenia pierwszej pomocy tylko 22,2% z nich tej pomocy udzieliło.

Motywacją do takich działań była chęć niesienia pomocy oraz wyobrażenie sobie sytuacji, w której sami będą wymagali pomocy. Z kolei, jako główny powód odstąpienia od pomocy, ankietowani wskazywali strach oraz możliwość wyrządzenia krzywdy poszkodowanemu. Kluczowym, z punktu psychologicznego, elementem wpływającym na chęć udzielania pierwszej pomocy jest wsparcie innych osób będących świadkiem zdarzenia [12,13,14]. W naszym materiale 64,3% ankietowanych mogło liczyć na pomoc świadków zdarzenia. Jednak tylko w 14,3% przypadków pomoc ta była spontanicznym odruchem na zaistniałą sytuację – zdarzenie.

Jak już podkreślono, wczesne wdrożenie pierwszej pomocy jest kluczowe w każdym przypadku zaistnienia nagłego zagrożenia życia, w tym także w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, kiedy to podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS) mają wiodące znaczenie [15]. Należy pamiętać, że każda mi-

nuta zwłoki w podejmowali BLS w przypadku nagłego zatrzymania krążenia skutkuje zmniejszeniem się szans na przeżycie poszkodowanego o 10-12% [5,6,16,17]. W tej sytuacji może cieszyć, że wiedzę o skutkach nieudzielenia poszkodowanemu pomocy posiadało 83% respondentów.

Współcześnie coraz wyraźniej podkreśla się znaczenie pierwszej pomocy. Coraz mocniejszym propagatorem tych informacji stają się media. Wraść także liczba podręczników oraz kursów pierwszej pomocy [9,18]. To rosnące zainteresowanie społeczne pierwszą pomocą przekłada się także na wyniki badań własnych. Wśród naszych respondentów, aż 90% osób deklarowało chęć uczestniczenia w takim kursie. Niestety jedynie 17% badanych osób odbyło taki kurs.

Każdy z nas może znaleźć się w sytuacji, kiedy będzie świadkiem nagłego zatrzymania krążenia. Jest to najbardziej dramatyczna sytuacja, wymagająca, poza natychmiastowym podjęciem podstawowych zabiegów resuscytacyjnych i wezwaniem pomocy, wczesnego wykonania defibrylacji oraz wdrożenia przez personel medyczny zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych [15,19]. W celu zapewnienia szybszej możliwości wykonania defibrylacji wdrożono program Publicznego dostępu do defibrylacji (ang. Public Access to Defibrillation PAD) [20]. Jak sama nazwa wskazuje służyć ma szerzej dostępności do automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, które może obsłużyć każda osoba. AED jest urządzeniem w pełni automatycznym, po włączeniu kierującym krok po kroku czynnościami ratownika. Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi ILCOR/AHA/ERC defibrylatory AED powinny znajdować się w miejscach, gdzie prawdopodobieństwo nagłego zatrzymania krążenia jest większe niż raz na 2 lata [21,22]. Według Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylacji, rozmieszczenie urządzeń powinno umożliwić skorzystanie z ich pomocy w czasie poniżej 3 minut. Niestety wszystkie przytoczone postulaty znajdują nadal mały oddźwięk społeczny. Świadczą o tym wyniki naszych badań, według których zaledwie 12% osób deklarowało, iż użyłoby AED w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, natomiast 58% nie wiedziało w ogóle co to jest AED.

V. WNIOSKI

1. W badanym materiale społeczeństwo województwa łódzkiego nie posiada wystarczającej wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy.

2. Istnieje konieczność działań edukacyjnych, dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy i używania automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w społeczeństwie łódzkim.

3. Zwraca uwagę brak środków ochrony osobistej wśród ankietowanych.

VI. PIŚMIENNICTWO

- [1] Szarpak Ł. Zintegrowany system ratownictwa elementem bezpieczeństwa państwa. w: Katastrofy naturalne i cywilizacyjne. Dylematy współczesnego bezpieczeństwa. Redakcja Marian Żuber. Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych im. gen. T. Kościuszki 2011, 127-138.
- [2] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553).
- [3] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410).
- [4] Bossaert L L. The European Resuscitation Council's Guidelines for Resuscitation 2010 in Perspective: we need to do better. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 445-50.
- [5] Hunyadi-Anticevic S. 100000 lives can be saved per year in Europe-the new ERC guidelines on resuscitation 2010. *Lijec Vjesn* 2010; 132: 381.
- [6] Hunyadi-Anticevic S *et al.* European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010. *Lijec Vjesn* 2011; 133: 1-14.
- [7] Li CS. Interpretation of 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Zhongguo We Zhong. Bing. Ji.Jiu.Yi .Xue.* 2010; 22: 641-44.
- [8] Roehr CC *et al.* The 2010 Guidelines on Neonatal Resuscitation (AHA, ERC, ILCOR): similarities and differences-what progress has been made since 2005? *Klin Pediatr* 2011; 223: 299-307.
- [9] Szarpak Ł, Madziła M. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych. *Strażak* 2012; 7: 48-49.
- [10] Abbas A, Bukhari SI, Ahmad F. Knowledge of first aid and basic life support amongst medical students: a comparison between trained and un-trained students. *J Pak Med Assoc* 2011; 61: 613-16.
- [11] Jevdjic J *et al.* Major changes in the European Resuscitation Council Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation 2010 in the field of adult basic and advanced life support. *Vojnosanit Pregl* 2012; 69: 265-69.
- [12] Lam AY, Jorm AF, Wong DF. Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *Int J Ment Health Syst* 2010; 4: 18.
- [13] McCabe OL *et al.* Psychological first aid training for the faith community: a model curriculum. *Int J Ment Health Syst* 2007; 9: 181-91.
- [14] Trevisanuto D *et al.* 2010 guidelines for neonatal resuscitation: does the algorithm require a clarification?. *Pediatrics* 2011; 128: 471.
- [15] Szarpak Ł, Kurowski A. Nagłe zatrzymanie krążenia w wyjazdowości pogotowia ratunkowego. *Military pharmacy and medicine* 2010; 3: 40-44

- [16] Delavar MA *et al.* Knowledge, attitude and practices of relief workers regarding first aid measures. J Pak Med Assoc 2012; 62: 218-21.
- [17] Shad R, Agnihotri G. Cardio pulmonary cerebral resuscitation 2010 guidelines. Indian J Anaesth 2011; 55: 423-25.
- [18] Sosada K *et al.* Evaluation of the knowledge of teachers and high school students in Silesia on the principles of first aid. Wiad Lek 2002; 55: 883-89.
- [19] Sun JH, Wallis LA. The emergency first aid responder system model: using community members to assist life-threatening emergencies in violent, developing areas of need. Emerg Med J 2012; 29: 673-78.
- [20] Tomruk O *et al.* First aid: level of knowledge of relatives and bystanders in emergency situations. Adv Ther 2007; 24: 691-99.
- [21] Martin-Hernandez H *et al.* ILCOR 2010 recommendations. The evidence evaluation process in resuscitation. Med Intensiva 2011; 35: 249-55.
- [22] Truhlar A. ILCOR recommendation on signage of automated external defibrillators (AEDs). Vnitr Lek 2010; 56: 434-38.